COMMUNICATIONS.

Sur une anomalie lobaire du poumon humain,

par M. H. Neuville.

Les variations dans la disposition des lobes du poumon humain sont assez fréquentes. Considérées autrefois comme de simples curiosités morphologiques, elles furent mieux comprises à la suite des travaux d'Aeby sur les ramifications bronchiques et de ceux de W. Allen sur certains lobes anormaux; les recherches de d'Hardiviller accentuèrent encore l'intérêt de ces variations, qui est loin d'être épuisé.

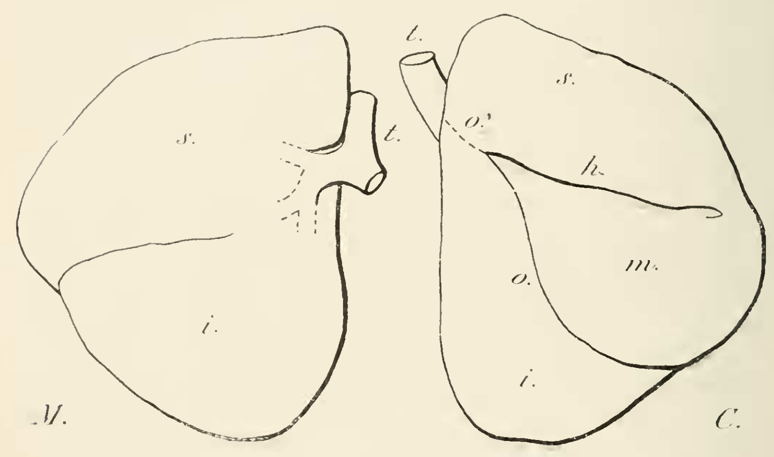
Les anomalies pulmonaires consistent le plus souvent en une augmentation du nombre des lobes, ce qui peut être considéré comme un rappel plus ou moins net de dispositions primitives. Plus rares, et au moins aussi intéressantes, sont les anomalies par réduction du nombre des lobes; le plus souvent alors, les scissures normales sont ébauchées sur le bord libre de l'organe, et c'est leur défaut d'extension jusqu'au hile qui entraîne des cohésions anormales, diversement accentuées, entre des lobes normalement séparés; c'est ainsi que l'on a parfois observé des poumons droits auxquels la réduction, plus ou moins avancée, de la scissure horizontale donne l'aspect d'un poumon gauche.

C'est à cette dernière catégorie d'anomalies (poumon droit à deux lobes) qu'appartient celle que je signale.

Sur la face médiastine de ce poumon droit, la fusion est complète entre le lobe supérieur et le lobe moyen; l'aspect y est identique à celui du poumon gauche. Par contre, sur la face costale, outre la scissure oblique, il subsiste une partie de la scissure horizontale suffisante pour faire reconnaître, de ce côté, la limite supérieure du lobe moyen. Cette trace de la scissure horizontale forme un sillon profond de 22 millimètres au maximum; elle n'atteint pas le bord sternal du poumon, dont son extrémité reste distante de 4 centim. 5; mais elle s'étend jusqu'à la scissure oblique, qui, au-dessus de sa rencontre avec cette scissure horizontale imparfaite, c'est-à-dire dans sa partie supérieure, a secondairement disparu par suite du développement d'adhérences très serrées, dans cette région, entre les lobes supérieur et inférieur; je reviendrai sur ce dernier détail. A part la région dans laquelle elle subsiste sous forme de sillon superficiel, aucune trace de la scissure horizontale ne peut être décelée: aussi bien au bord sternal que sur toute la largeur de la face médiastine; à son niveau

approximatif, le parenchyme pulmonaire est continu, les lobules s'y juxtaposant les uns aux autres sans qu'aucune marque de séparation ancienne ou imparfaite puisse y être relevée.

Les ramifications et les rapports de l'arbre bronchique sont ici normaux. La bronche épartérielle occupe sa place habituelle, avec un diamètre de 9 millimètres. La bronche hypartérielle principale se divise, suivant le type normal, en une branche moyenne, de 11 millimètres à l'origine, et une branche inférieure, de 10 millimètres de diamètre; seules, ces deux dernières dimensions sont quelque peu aberrantes. Les trois lobes normaux



Poumon humain, droit, à deux lobes.

M, face médiastine. — C, face costale.

t, trachée; *s*, lobe supérieur; *m*, lobe moyen; *i*, lobe inférieur; *h*, trace de la scissure horizontale; *o*, scissure oblique; *o'*, partie oblitérée de la scissure oblique.

du poumon droit existent donc fondamentalement ici; l'anomalie consiste par conséquent, ainsi que les apparences permettaient de le pressentir, non pas en une disparition du lobe supérieur normal, mais en une fusion de ce lobe avec le lobe moyen; cette fusion a respecté une trace de la scissure horizontale sur la face costale de l'organe, et se présente comme complète partout ailleurs.

Parmi les observations du poumon droit à deux lobes, je rappellerai, à titre comparatif, celles d'Alezais[1] et de Boinet[2].

(1) H. Alezais, Anomalie de division du poumon droit. (*Comptes rendus des séances de la Soc. de Biol.*, t. 55, 1903, p. 144-145.)

(2) Boinet, Poumon droit à deux lobes. (*Comptes rendus des séances de la Soc. de Biol.*, t. 58, 1905, p. 871-872.)

Dans le cas d'Alezais, la scissure horizontale faisait défaut, mais en apparence seulement, car on reconnaissait à son niveau, sous la plèvre, une ligne ondulée représentant le trajet de cette scissure, comblée par «du tissu conjonctif lâche que l'on pouvait disséquer en rétablissant ainsi la fente interlobaire». La plèvre, ajoute l'auteur, restait manifestement superficielle et passait du lobe supérieur au lobe moyen sans présenter la moindre dépression au niveau du sillon. En somme, ce poumon droit à deux lobes apparents possédait, et laissait bien voir, les trois lobes normaux. La scissure oblique y présentait une particularité qui semble rappeler de très près l'une de celles de la pièce que je décris: au lieu d'inciser le poumon jusqu'au hile, cette scissure «faisant défaut au niveau du bord postérieur sur une longueur de 7 centimètres. Dans cette région, la plèvre restait superficielle en passant du lobe supérieur sur l'inférieur, et l'espace interlobaire était occupé par un tissu conjonctif interstitiel assez dense».

Si Alezais n'avait pris l'utile précaution de préciser que les plèvres de son sujet étaient — chose rare — absolument intactes, on pourrait identifier cette oblitération partielle de la scissure oblique à celle que présente, dans la même région, le poumon que je décris. Mais, sur ce dernier, l'oblitération résulte de la présence de brides dont le caractère pleurétique semble évident. Ces brides sont très fines et très serrées; superficiellement, elles passent du lobe supérieur au lobe inférieur en formant une sorte de fausse plèvre. Le sommet est recouvert, sur ce même poumon, d'adhérences très étendues, lamelleuses, qui permettent de ne pas hésiter quant à la nature des phénomèmes ayant agi. La pièce provient d'ailleurs d'un vieillard mort dans un établissement hospitalier de la région parisienne, et l'existence d'adhérences est générale sur les pièces de cette nature. Ici, les adhérences interlobaires sont particulièrement intéressantes. Macroscopiquement au moins, l'apparence du tissu interposé au lobe supérieur et au lobe inférieur rappelle, sans qu'il y ait toutefois identité entre eux, le tissu comblant la cavité pleurale des Éléphants. Même chez le Tapir, je n'ai rien vu d'aussi parfait comme accolement pathogène de deux lobes pulmonaires.

Alezais attribue à des anomalies veineuses les particularités qu'il relate. Il a constaté, «au niveau des scissures anormalement fermées, des connexions veineuses entre les lobes accolés». Dans son cas, il s'agissait, comme je viens de le mentionner, d'un comblement de la fente interlobaire par du «tissu conjonctif lâche», ce qui rappelle les dispositions offertes normalement par les Éléphants. Or, dans le tissu interpleural de ceux-ci, j'ai observé une assez riche vascularisation, s'étendant, par places, entre le poumon lui-même et la paroi thoracique; cette vascularisation ne doit pas précéder le comblement de la cavité pleurale: chez le fœtus d'Éléphant, en tout cas, la cavité pleurale, entièrement libre, ne m'a pas présenté de brides vascu-

laires, et je considère celles-ci comme étant, chez l'Éléphant adulte, le résultat plutôt que la cause du comblement de cette cavité. L'anatomie comparée me paraît éclairer ainsi, à ce point de vue, le fait dont il s'agit.

Dans le cas de Boinet, le fusionnement entre le lobe supérieur et le lobe moyen du poumon droit était beaucoup plus accentué. La réunion de ces deux lobes n'était cependant pas complète : «une petite ébauche de scissure, ayant 3 centimètres de long et 1 centimètre de profondeur», existait sur le bord antérieur, et à «quelques millimètres au-dessous d'elle partait un sillon linéaire à peine esquissé, mesurant 2 centimètres de longueur et n'ayant que 2 millimètres de profondeur». «Le poumon gauche est normal, ajoute Boinet, et présente les plus grandes analogies avec le poumon droit. Tous deux ont la même disposition broncho-vasculaire». Cependant il précise, quelques lignes plus loin, en rappelant une observation de poumon droit à quatre lobes, que dans ce dernier poumon, de même que dans celui à deux lobes, «le sommet répond à une bronche épartérielle» et «que le lobe moyen du poumon droit, dédoublé dans le premier de ces cas et soudé au lobe supérieur dans la seconde observation, a pour homologue le lobe supérieur de chaque poumon gauche. Tous les deux reçoivent la bronche hypartérielle. . . ». Le poumon droit à deux lobes ainsi décrit représente donc non pas un poumon gauche, puisque celui-ci est dépourvu de bronche épartérielle, mais un poumon droit typique, où le lobe antérieur est fusionné avec le lobe moyen.

Dans ce même cas de Boinet, «une assez grosse branche vasculaire cheminait profondément et parallèlement à la ligne correspondant à la soudure anormale de deux lobes pulmonaires en envoyant des rameaux ascendants et descendants». Et l'auteur rappelle que, dans son cas de poumon droit à quatre lobes, «ce tronc vasculaire ne tarde pas à se bifurquer et chaque branche secondaire suit la direction d'un des bords de la scissure anormale». Il conclut à l'existence d'une «disposition parallèle entre la distribution vasculaire et la lobulation pulmonaire», ce qui rappelle l'opinion exprimée par Alezais.

Comme je l'ai déjà mentionné, dans le cas d'Alezais les vaisseaux anormaux, s'ils ont eu un rôle, ne l'ont exercé que très superficiellement, le fusionnement lobaire n'étant qu'apparent et chaque lobe restant délimitable par simple dissection. Dans les cas rappelant celui que je signale, où le fusionnement est réel, c'est-à-dire où le parenchyme s'étend d'un lobe à l'autre, et où aucune dissection ne permet de tracer des limites à travers la zone d'accolement, il me semblerait difficile de se baser sur la présence d'un vaisseau pour déterminer ces limites, et, partant, d'attribuer à ce même vaisseau un rôle dans la production de l'anomalie. A une convalescence anormale entre le parenchyme de lobes normalement distincts, répond une vascularisation plus ou moins différente, dans quelques détails, du type normal : il n'en peut être autrement, le parenchyme pulmonaire n'existant pas sans une vasculari-

sation adéquate à sa fonction. Inversement, lorsqu'un lobe anormal se dédouble, sa vascularisation le fait forcément aussi, et il serait difficile de considérer ce dernier dédoublement comme cause du premier.

La répartition des bronches et leurs rapports avec les ramifications de l'artère pulmonaire restent, dans ces cas anormaux, les éléments caractéristiques essentiels. Là où une partie de ces bronches ou de ces vaisseaux manque, on est, de par toutes les données actuelles, en droit de conclure au manque de développement du lobe qu'ils devaient desservir et caractériser. Et là où ils sont présents, on doit conclure à l'existence fondamentale de ce lobe, même s'il est plus ou moins dissimulé par quelque fusionnement avec un lobe voisin. Certains de ces fusionnements sont devenus normaux, par hérédité, chez l'Homme, notamment celui qui a fini par réunir le lobe inférieur avec cet autre lobe, parfois indépendant chez lui, à titre d'anomalie, et si fréquemment observé à cet état d'indépendance en anatomie comparée, que l'on désigne sous les noms de lobe impair, lobe de la veine cave, et souvent aussi sous le nom impropre de lobe azygos[1].

Inversement aux cas de fusionnement anormal, un défaut de coalescence au cours du développement peut engendrer ces poumons dont le nombre de lobes est supérieur au nombre normal; ce cas est fréquent, et il ne faut pas le confondre avec ceux où le développement d'une bronche épartérielle gauche engendre un poumon gauche à trois lobes, homologue complet du poumon droit.

En résumé, dans les anomalies pulmonaires, il importe, si l'on veut éviter toute confusion, surtout quant à la recherche des causes de l'anomalie, de bien séparer des cas foncièrement différents et que rapproche seule une apparence purement superficielle. Il est donc nécessaire de distinguer nettement des anomalies *essentielles,* résultant du développement de bronches anormales, ou du manque de développement de bronches normales, et des anomalies *accessoires*, résultant soit d'une coalescence secondaire, plus ou moins précoce et par conséquent plus ou moins accentuée, entre des lobes normalement séparés, soit au contraire du manque de coalescence entre des lobes normalement réunis.

Il est intéressant d'observer, dans les régions de coalescence anormale, l'existence de vaisseaux aberrants; mais l'emplacement précis du plan de coalescence étant indéterminable dans les seuls cas à considérer, qui sont ceux de véritable fusion interlobaire, il serait difficile de démontrer que la présence de ces vaisseaux caractérise le plan de coalescence et est le point de départ de l'anomalie.

[1] Ce dernier nom doit être réservé à un autre lobe, parfois développé au voisinage de la veine azygos.